

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....dnia.....
(miejsowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb PFRON
w celu dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko pacjenta.....
Data urodzenia.....
PESEL:.....

1. Rodzaj choroby zasadniczej.....
.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności
.....
.....

3. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ PACJENTA DOTYCZY (ZAKRESLIĆ WŁAŚCIWE)

narząd ruchu w zakresie:

- brak obu kończyn górnych
- dysfunkcja obu kończyn górnych
- brak obu kończyn dolnych
- dysfunkcja obu kończyn dolnych
- jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i obu dolnych
- jednoczesnej dysfunkcji co najmniej obu kończyn górnych i jednej dolnej
- jednoczesnej dysfunkcji obu kończyn górnych i obu dolnych
- jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i jednej kończyny dolnej

inne schorzenie.....

4. Zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu:
(wymienić rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego)

.....
.....
.....

5. UZASADNIENIE INDYWIDUALNEJ POTRZEBY/CEL I ZASADNOŚĆ JAKIEMU MA SŁUŻYC WNIOSKOWANE URZĄDZENIE

.....
.....
.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza rodzinnego/specjalisty)

SPRZĘT REHABILITACYJNY - to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

OŚWIADCZENIA

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu oraz oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam że posiadam środki finansowe na pokrycie co najmniej 20% wartości przedmiotu dofinansowania.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR w Prudniku, dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programów dofinansowania ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby do tego uprawnionej

UWAGA!!!

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania likwidacji barier poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.